

ALLA U.O.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
POLICLINICO TOR VERGATA

**DICHIARAZIONE ANNUALE DI CONFERMA DELLA RICHIESTA DI FRUIZIONE DI
PERMESSI AI SENSI DELL'ARTICOLO 33 L. 104/92 PER L'ASSISTENZA A FIGLIO/A
O ALTRO FAMILIARE IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE**

(compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile;
moduli compilati in modo incompleto non saranno presi in considerazione)

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

__l__ sottoscritt__ _____ in servizio presso
(Dip.to/Servizio) _____

indicare se: a tempo determinato/indeterminato e/o tempo pieno/part-
time⁽¹⁾ _____

chiede di poter continuare a fruire anche per l'anno _____ dei permessi previsti dall'articolo 33
L. 104/92 (3 gg. al mese), al fine di continuare l'attività di assistenza nei confronti di suo/a⁽²⁾
_____ (indicare grado di parentela) Sig. ⁽³⁾

_____ già riconosciuto affetto da handicap grave.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali per le dichiarazioni mendaci e
false rese ai sensi dell'articolo 76 D.P.R. 445/2000, dichiara:

- di essere il "referente unico" per l'assistenza alla persona in situazione di disabilità grave, non
essendoci ulteriori familiari o affini in linea retta o collaterale che beneficino dei permessi previsti
dalla L. 104/92 per l'assistenza alla medesima persona con handicap grave;
- che la distanza tra la propria residenza e quella del portatore di handicap in situazione di gravità
(barrare la casella che interessa):
 - è inferiore a 150 km
 - è superiore a 150 km (in tal caso occorre attestare con titolo di viaggio ovvero altra
documentazione idonea il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito);
- che la persona disabile non è ricoverata a tempo pieno;
- di impegnarsi a comunicare **con la massima tempestività** ogni eventuale variazione della situazione
di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni e/o che possa
interessare la fruizione del beneficio (cessazione/rinnovo).

Roma, li _____ Firma del richiedente _____

⁽¹⁾ in caso di part-time indicare se lo stesso è di tipo verticale o orizzontale, la percentuale di attività svolta ed il numero
di giorni lavorati (v. provvedimento di concessione del part-time), **per poter procedere a riproporzionare i permessi
spettanti**

⁽²⁾ indicare il grado di parentela o affinità

⁽³⁾ cognome e nome della persona disabile